

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

146

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre CRIOU

Né le 26 novembre 1908, à Pont-l'Abbé (Finistère)

LE TRAITEMENT

DES

DERMITES ENTÉROCOCCIQUES

DES ENFANTS DU PREMIER AGE

Président : M. DEBRÉ, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre CRIOU

Né le 26 novembre 1908, à Pont-l'Abbé (Finistère)

LE TRAITEMENT

DES

DERMITES ENTÉROCOCCIQUES

DES ENFANTS DU PREMIER ÂGE

Président : M. DEBRÉ, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1933

DOYEN... M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	N...
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	MARION.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale.....	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel L'ABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
AUBERTIN Pathologie médicale.
BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
BROCQ Pathologie chirurgicale.
BRULÉ Pathologie médicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CADENAT Pathologie chirurgicale.
CATHALA Pathologie médicale.
CHABROL Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT . Physiologie.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
DONZELOT Pathologie médicale.
ÉCALLE Obstétrique.
FEY Urologie.
GASTINEL Bactériologie.
GATFLLIER ... Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
GIROUD Histologie.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
HARVIER Pathologie médicale.
HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN Anatomie pathologique.
HUTINEL Pathologie médicale.
JOANNON Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.
LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiâtrie.
LIAN Pathologie médicale.
MONDOR Pathologie chirurgicale.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
MOURE Pathologie chirurgicale.
OBERLING Anatomie pathologique.
OLIVIER Anatomie.
PIÉDELIEVRE Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
QUÉNU Pathologie chirurgicale.
RICHET Physiologie.
SANNIÉ Chimie biologique.
SÉZARY Dermatologie et Syphiligraphie.
TROISIER Pathologie expérimentale et comparée.
VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie médicale.
VAUDESCAL .. Obstétrique.
VELTER Ophtalmologie.
VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

LEQUEUX Obstétrique.
LEROUX Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTERER Histologie.
ZIMMERN Physique.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
N... ..	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.

MM.

MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
LE LORIER ...	Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.
GUÉNIOT	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAÜCLAIRE, professeur sans chaire	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les muti- lés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT, agrégé.....	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Éducation physique.
WEIL-HALLÉ.....	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*En témoignage de ma reconnaissance
et de ma profonde affection.*

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBRÉ

Professeur de Bactériologie
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Beaujon
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui a bien voulu nous faire le
grand honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse.*

A NOS MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE NANTES

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ DE PARIS

A MADAME LE DOCTEUR JEANNE MONTLAUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI MONTLAUR

*Hommage de reconnaissance et de
profonde gratitude.*

LE TRAITEMENT DES DERMITES ENTÉROCOCCIQUES DES ENFANTS DU PREMIER AGE

INTRODUCTION

Le rôle de l'infection microbienne dans la production ou l'entretien de dermatoses, longtemps confondues avec l'eczéma, semble, à l'heure actuelle, de plus en plus probable.

Les recherches bactériologiques de H. et J. Montlaur sur les enfants porteurs d'eczématides, ont affirmé l'étiologie microbienne commune, entérococcique, des dermites infantiles, et de leurs réactions cutanées, considérées jusqu'alors comme eczéma séborrhéique du nourrisson.

Ces recherches ont permis d'orienter la thérapeutique de ces affections, vers une voie nouvelle : la vaccination antientérococcique.

Nous nous proposons, dans ce travail, d'étudier les traitements des dermites à entérocoques, et de montrer les résultats heureux que l'on est à même d'en attendre.

Après une étude historique des dermites infantiles, et leur étude clinique actuelle, nous envisa-

gerons le traitement théorique, et enfin les applications pratiques suivant les cas en présence.

Qu'il nous soit permis de remercier ici, ceux qui nous ont aidé dans la préparation de cette thèse :

M. le Dr Bléckmann, qui nous en a fourni le sujet, et dont l'enseignement clinique nous a été d'un précieux secours.

M. le Professeur agrégé Vignes qui a bien voulu nous permettre de recueillir dans son service, nos observations personnelles.

Les Drs H. et J. Montlaur pour la bienveillance qu'ils nous ont témoignée au cours de ce travail, et les précieux conseils qu'ils nous ont prodigués.

PREMIÈRE PARTIE

Les dermites entérococciques.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'apparition chez le nourrisson, au niveau du siège, d'éruptions cutanées diverses, est d'une constatation fréquente en pathologie infantile.

Signalées successivement par Valleix, Trousseau, Delpech, Bouchut, Parrot en 1877 leur consacre une étude assez importante, et il en oppose deux variétés cliniques : l'érythème vésiculeux simple, qu'il attribue à l'athrepsie, et l'érythème papuleux, d'origine syphilitique.

Jacquet, en 1887, reprend et précise cette étude. Il montre la dépendance des deux formes séparées par Parrot et réfute l'origine syphilitique de l'érythème papuleux. Il propose de substituer au terme d'érythème, celui, plus exact, de dermite ou mieux, de dermo épidermite. Sa classification des éry-

thèmes, suivant des formes cliniques d'intensité croissante, mais relevant toutes d'un même état, est encore admise aujourd'hui.

Il note la coexistence fréquente de ces dermites du siège, avec des lésions du cuir chevelu rappelant l'eczéma séborrhéique mais sans entrevoir la relation pouvant exister entre ces deux phénomènes.

L'étiologie de ces dermites lui échappe. Le tube digestif semble pour lui un point de départ fréquent, ces érythèmes s'accompagnant généralement de diarrhée. L'irritation par les fèces, leurs altérations chimiques ou biologiques, la macération de l'épiderme par les linges souillés, le frottement et le suintement au niveau des plis, qui en résultent, lui semblent tout au plus, capables de renforcer, mais non de créer cette dermite.

Moussous, et son élève Lebard, vers 1908, attirent l'attention des auteurs sur une nouvelle forme de dermite infantile. Dans cette affection, les lésions, au lieu de rester cantonnées à la région fessière, vont s'étendre vers la face interne des cuisses et des jambes, et remonter vers l'ombilic et la région lombaire. La limitation des zones érythémateuses est très nette, se faisant suivant une ligne sinueuse, à contours arrondis, et présentant à distance des placards isolés, circonscrits, de forme et de dimension variables. Ceux-ci ne succèdent jamais à des formes vésiculeuses, et demeurent au contraire constamment secs.

Chez ces enfants, ils constatent invariablement de la séborrhée du cuir chevelu, s'accompagnant de rougeur, de tuméfaction, de suintement : « Si cette association de l'eczéma à la séborrhée ne s'affirme pas dès le début et à un premier examen, elle ne tarde pas à devenir évidente. L'eczéma s'installe parfois même à son siège de prédilection, dans le sillon rétro-auriculaire ».

L'évolution de ces dermites est toujours la même. Les lésions progressent, les placards aberrants disposés à la périphérie se multiplient et arrivent à se fusionner. Bientôt il ne reste plus d'ilots de peau saine. La couche épidermique, fendillée, éclate et se détache en squames abondantes.

Les diverses raisons étiologiques invoquées par Jacquet ne leur semblent pas non plus suffisantes. Les modalités variables de l'éruption, ses transformations, sa brusquerie, sont pour Moussous, en faveur d'une intervention du système nerveux, ou d'un organe à sécrétion interne.

Ferrand, dans sa thèse en 1908, est frappé par l'analogie existant entre les dermites infantiles et l'eczéma.

« Partout, on peut retrouver, sous la déformation, ou la complication accidentelle, les caractères morphologiques et histologiques fondamentaux du groupe eczéma. Ces dermites constituent des réactions cutanées analogues. Elles sont, chez le nourrisson, l'équivalent des eczémas vulgaires ».

Le rôle de l'infection microbienne, qu'il entrevoit

dans l'étiologie de ces dermites, ne lui paraît être que secondaire, intervenant surtout à titre de complication.

Le Professeur Marfan, dans ses cliniques des maladies de la première enfance, oppose deux types de dermites infantiles coexistant fréquemment avec de l'eczéma du cuir chevelu et du visage : l'érythème vésiculeux et papulo-érosif, survenant chez les enfants élevés au biberon, surtout en état de dénutrition, et l'érythème intertrigo, qui semble l'apanage des enfants élevés au sein.

Malgré tout, l'étiologie de ces dermites demeurerait obscure et elles étaient, de par leurs caractères évolutifs, confondues jusqu'à présent avec l'eczéma séborrhéique du nourrisson.

A l'heure actuelle, tous les dermatologistes s'accordent à séparer de l'eczéma vrai, toute une série de dermatoses dont l'origine microbienne ou parasitaire semble de plus en plus probable. Sabouraud, Gougerot, Perrin, Brocq et Desaux décrivirent les premiers des dermo-épidermites dues au streptocoque et staphylocoque.

Les intertrigos à levures, étudiés simultanément en France par Gougerot et Gancéa pour les espaces interdigitaux, et Hudelo et Montlaur pour les grands plis en 1914, furent repris en 1921 par Dubreuilh et Joulia qui leur donnèrent le nom d'intertrigos mycosiques.

Enfin Ravaut et ses élèves Bash et Rabeau ont fait

connaître les réactions secondes des intertrigos à levures.

Au cours de l'évolution de ces infections cutanées, particulièrement sur un terrain séborrhéique, on peut voir survenir, à distance du foyer infectieux primitif, une éruption seconde, distincte de l'éruption première, qui évolue comme une éruption d'origine toxique. Cette réaction seconde, rappelle le type clinique décrit par Brocq sous le nom de parakératose, par Darier sous le nom d'eczématide. Elle n'est autre chose qu'une réaction cutanée due à une sensibilisation spéciale de la peau, à l'antigène quel qu'il soit : microbien ou mycélien. Ce qui confirme son origine toxinique c'est la faculté de la reproduire expérimentalement.

Suivant le type clinique étudié, on s'est alors trouvé en présence de streptococcides, de staphylococcides, de trichophytides, de levurides. Ces lésions paraissent être toutes amicrobiennes ou parasitaires et se produire en vertu d'un mécanisme allergique.

Les travaux de H. et J. Montlaur sur les enfants atteints de dermites infantiles et porteurs d'eczématides, ont permis de ramener à une étiologie commune microbienne, les dermites infantiles et leurs processus évolutifs considérés jusqu'alors comme eczémas du nourrisson. Ces travaux et les déductions nombreuses qui en découlent ont été remarquablement étudiés dans la thèse de Mlle Vidal : *Dermites infantiles et réactions secondes*.

D'après ces auteurs, les examens bactériologiques et les cultures des squames prélevées chez les enfants porteurs de dermite du siège ont montré la présence constante de l'entérocoque de Thiercelin à leur niveau. Recherché chez les nourrissons sains, n'ayant présenté aucune manifestation cutanée, ce même microbe y a été constaté 79 fois sur 88.

L'entérocoque, régulièrement isolé chez les enfants porteurs de dermite, existe donc normalement sur la peau des nourrissons sains.

Mais, comme l'ont montré les recherches biologiques, ces deux variétés de germes (chez les nourrissons eczémateux et chez les enfants sains) se différencient par leur pouvoir pathogène, leur virulence, et leur valeur antigénique.

Les troubles digestifs qui accompagnent ces éruptions ont incité ces auteurs à poursuivre leurs recherches sur les selles de ces nourrissons. Les cultures se sont montrées constituées surtout par deux variétés de germes : un bacille du type coli, et l'entérocoque, avec grosse prédominance de ce dernier.

L'étude parallèle du chimisme intestinal des porteurs de dermites y a montré une *exagération du processus normal de fermentation*, se traduisant par une augmentation du taux des acides organiques.

Dans un but de contrôle, et en raison de l'importance du streptocoque dans l'étiologie des dermatoses, des intradermo-réactions furent pratiquées avec un vaccin antistreptococcique de l'Institut Pasteur. Ces intradermo-réactions furent toutes négatives,

et ne modifièrent en rien l'état des lésions cutanées.

Pour confirmer le rôle de l'entérocoque dans l'étiologie des dermites infantiles, un vaccin antientéroccoccique fut préparé. Des intradermo-réactions faites avec ce vaccin furent tantôt négatives, tantôt positives. Mais au cours de ces intradermo-réactions à l'entérocoque, l'on vit apparaître, à distance du foyer initial de la dermite, une réaction cutanée, en tous points comparable aux eczématides de Darier.

« L'apparition d'une réaction seconde, de type éruptif différent de la lésion initiale, sous l'influence d'un antigène spécifique, isolé de la lésion primitive » mettait bien en évidence le rôle pathogène de l'entérocoque dans ces manifestations, que l'on considérait comme eczéma du nourrisson.

Les recherches bactériologiques, ont permis de déceler à leur niveau, la présence constante de l'entérocoque, et à ce niveau, nous le répétons, les entérocoques isolés de ces eczématides, sont dépourvus de pouvoir antigénique.

Cette différence, avec les lévurides et les trichophytides qui sont stériles, peut s'expliquer par le fait que l'entérocoque existe normalement sur la peau des nourrissons sains.

Nous pouvons donc nous permettre d'affirmer que « les dermites fessières des cinq premiers mois de la vie sont des dermo-épidermites entéroccocciques, à point de départ intestinal. Elles sont elles-

mêmes, par sensibilisation, l'origine de réactions cutanées considérées comme eczémas du nourrisson, dont on admet que l'érythrodermie desquamative, type Lenier-Moussous, est l'expression la plus évoluée. » (Mlle S. Vidal. Thèse de Paris, 1932).

CHAPITRE II

ÉTUDE CLINIQUE

Le début de l'affection cutanée est en général précédé par des troubles digestifs variables. Le plus souvent, il s'agit d'une diarrhée de moyenne abondance, avec selles muco-grumeleuses, parfois liquides. Mais dans certains cas, et surtout chez les nourrissons élevés au sein, il peut y avoir de la constipation, tandis que les enfants soumis à l'allaitement artificiel ont des selles mastic, volumineuses, et d'odeur fécaloïde. En l'absence de ces manifestations, l'analyse des fèces permet toujours de mettre en évidence des perturbations de la digestion.

Les lésions cutanées font leur apparition dans les six premières semaines de la vie, habituellement vers le quinzième jour, quelquefois plus tôt.

Le siège présente alors un léger érythème, localisé à la région ano génitale, qui devient rouge, luisante et comme vernissée, plutôt humide que suintante. La peau est chaude et tendue, et l'on constate parfois à son niveau quelques papules érosives.

De jour en jour, la rougeur s'accroît et gagne la région fessière et sacro-lombaire en arrière, les organes génitaux et la partie interne des cuisses en avant. La propagation des lésions se fait vers le bas, en suivant la face interne et postérieure des membres inférieurs et peut atteindre les malléoles, le talon et la région plantaire.

Les lésions débordent un peu le long de la face externe des cuisses et des jambes, où généralement il existe une légère bande de peau saine. Sur l'abdomen, la limite supérieure se marque en avant entre le pubis et l'ombilic.

L'érythème ainsi constitué dessine le classique « fer à cheval dont les extrémités sont sur les jambes et la convexité à la région sacro-lombaire. » (Jacquet.) Cette vaste lésion érythémateuse présente une bordure nette, sans bavure, irrégulière, festonnée et limitée par une collerette épidermique à lambeau flottant.

Les plis interfessiers, inguinaux et ceux des cuisses sont plus humides et plus rouges, et très souvent ils sont le siège d'un véritable intertrigo.

Le processus d'extension des lésions est représenté par de petits éléments rouge vif, de taille et de forme variables, toujours bordés d'une collerette épidermique, et siégeant au voisinage de la lésion principale. L'infection secondaire est d'une extrême rareté.

Tel est à ce stade le type de l'eczéma intertrigo

des nouveau-nés (Ferrand), de la dermite infantile pure (Jacquet).

L'affection évoluant, on voit apparaître, à la partie supérieure du corps, au milieu des éléments aberrants, des placards érythémato-squameux, qui s'étendent en nappes rouges, et recouverts de squames grasses ou sèches, à contours nets. Ces eczématides siègent sur la région thoracique antérieure, les aisselles, la région scapulaire, les membres supérieurs. Ces placards ne confluent jamais entièrement, et laissent toujours entre eux des intervalles de peau saine.

La région cervicale est souvent atteinte et présente en plus des lésions d'intertrigo au niveau des plis.

A la face, le pourtour des orifices : lèvre supérieure et menton, est généralement respecté. La racine du nez et la région sourcilière sont envahies par ces squames grasses, adhérentes, épaisses, formant une véritable barre qui se continue parfois au niveau du cuir chevelu. Les joues sont le siège d'une éruption papulo-vésiculeuse fine, ou de placards érythémato-squameux secs.

Le cuir chevelu, sous un fond rouge érythémateux, est parsemé de ces placards squameux épais, gras, jaunâtres qui peuvent l'envahir dans sa totalité, emprisonnant les cheveux et formant une véritable calotte, vulgairement appelée croûte de lait ou chapeau. Quelquefois on constate une alopecie plus ou moins complète.

Les sillons rétro-auriculaires présentent des lésions d'intertrigo.

Le pavillon de l'oreille et le conduit auditif sont recouverts de squames sèches ou de lésions suintantes.

Vue à ce stade, la dermatose présente un type éruptif mixte : la dermite infantile ou eczéma intertrigo des nourrissons localisée à la partie inférieure du corps, et les parakératoses ou eczématides occupant la moitié supérieure.

L'affection continuant à évoluer, les lésions inflammatoires du siège s'atténuent, pâlisent et finissent parfois par disparaître à peu près entièrement. Les collerettes de bordure n'existent plus et l'épidermisation commence. Les lésions d'intertrigo persistent généralement plus longtemps, mais peuvent rétrocéder en même temps que la dermite. La région peut alors reprendre son état normal, mais le plus souvent elle se recouvre d'eczématides.

« A ce stade, la dermatose a perdu son caractère primitif ; la lésion dermatologique est uniquement représentée par des placards d'eczématides dont le nombre et l'étendue sont éminemment variables. On se trouve alors en présence de la réaction cutanée dite : eczéma séborrhéique, eczéma infantile, etc., et bien loin semble-t-il de la dermite infantile simple de Jacquet » (H. et J. Montlaur)

Le prurit existe dès le début de l'affection, avec plus ou moins d'intensité, ainsi qu'en témoignent les cris et l'agitation de l'enfant. Les tentatives de

grattage qui en résultent, favorisent l'infection secondaire et surtout l'impétiginisation.

Abandonnée à elle-même, la guérison de ces dermites est assez longue, souvent entrecoupée de nouvelles poussées, dues généralement à de nouveaux troubles digestifs ou à des incidents infectieux surajoutés. Les divers traitements institués, le sevrage précoce atteignent l'état général de l'enfant, et sa croissance reste difficile.

L'évolution de ces dermites, d'aspect assez différent au début, et leur étiologie commune, nous permettent donc de les ramener toutes à un type clinique bien défini : l'*intertrigo entérococcique des nourrissons*. Le traitement vaccinal, comme nous le verrons plus loin, ne fera que renforcer cette affirmation.

En résumé, dès le début, et précédant l'affection cutanée il existe des troubles digestifs. Dans le contenu intestinal modifié, l'équilibre microbien est rompu, en faveur de l'entérocoque et le germe, dans ces conditions semble exalter sa virulence. Dès son contact avec l'épiderme constamment souillé, de la région ano-génitale, l'entérocoque des selles, souvent à l'état de culture pure, colonise et détermine la dermo-épidermite du siège.

« Cette lésion représente donc, avec le contenu intestinal, le foyer microbien initial » (H. et J. Montlaur).

Enfin les toxines microbiennes interviennent et sensibilisent un organisme peut-être plus réceptif,

et bientôt, apparaît à distance, une nouvelle réaction cutanée dite secondaire, les eczématides, ou séborrhéides, ou parakératoses. Ces entérococcides peuvent être considérées, comme l'expression de la réaction tégumentaire aux toxines microbiennes.

Malgré tout, certains points paraissent encore mal élucidés. Sous quelle influence, et par quel mécanisme se produit cette rupture de l'équilibre intestinal, et la pullulation de l'entérocoque ? On peut invoquer un disfonctionnement hépato-pancréatique, souvent attribuable à l'hérédo-syphilis (53,4 % des cas dans les statistiques de H. et J. Montlaur).

Il faut en outre admettre le rôle du terrain dans ces dermatoses. Il semble admis, en effet, qu'une certaine susceptibilité de l'organisme, une certaine sensibilité de la peau en particulier, soit nécessaire et cela nous ramène à la vieille conception de diathèse, de prédisposition héréditaire ou acquise invoquée par les anciens auteurs.

Le diagnostic des dermites entérococciques des enfants du premier âge est en général facile. Les troubles digestifs qui les précèdent ou les accompagnent, leur début par le siège, la présence à leur niveau d'une collerette épidermique de bordure, les éléments aberrants qui en représentent le processus d'extension enfin l'apparition à distance des eczématides, suffisent à les caractériser.

Toutefois dans certains cas, lorsque le caractère primitif de l'éruption a disparu, lorsqu'elles s'ac-

compagnent d'ulcérations et de suintement, il faut éviter de les confondre avec les dermites streptococciques, assez fréquentes chez le nourrisson.

Dans ces dernières, le bord du placard est diffus, le maximum des lésions siège à la tête et autour des plis cutanés. Le fond de ces plis est fissuré, tandis que les faces latérales sont macérées, érodées, parsemées d'érosions suintantes et d'ulcérations. La bouche est entourée de nombreuses fissures, les plis du cou et rétro auriculaires sont ulcérés et croûteux.

L'intertrigo mycosique du nourrisson, quoique plus rare, doit être également écarté. Ici les lésions initiales siègent aux plis inguino-cruraux de préférence. La plaque érythémateuse est foncée, à bords festonnés, tandis que la collerette de desquamation est blanche et macérée.

DEUXIÈME PARTIE

Les traitements

L'intradermo-réaction au vaccin anti-entéroccique, employée tout d'abord dans un but diagnostique et ayant amené des modifications heureuses dans l'évolution des dermites infantiles a été ensuite préconisée comme méthode thérapeutique.

L'introduction du vaccin par voie buccale et par voie rectale, est venue enfin faciliter le traitement de ces dermites.

L'impossibilité d'avoir constamment à sa disposition un auto-vaccin a obligé l'emploi de stocks-vaccins.

Nous nous permettons de reproduire ici la technique employée par H. et J. Montlaur dans la préparation de ces vaccins.

CHAPITRE PREMIER

LE VACCIN

1. — OBTENTION DES SOUCHES.

Dans le vaccin et sa préparation il faut avant tout considérer la souche. Des cultures provenant de squames prélevées sur divers points ont été essayées.

Les souches les plus actives sont celles provenant de la lésion initiale du siège. On peut donc classer l'activité des souches de la façon suivante:

a) Entérocoques provenant de prélèvements faits au niveau de la lésion initiale du siège : donnent une souche très active, à pouvoir antigénique très élevé.

b) Entérocoques provenant du milieu intestinal de nourrissons atteints de dermite entérococcique et présentant la rupture de l'équilibre microbien des selles, c'est-à-dire une prolifération de l'entérocoque de virulence exaltée : donnent une souche à pouvoir antigénique élevé.

c) Entérocoques provenant de cultures obtenues en partant des squames des eczématides (entérococ-

cides) : donnent une souche à pouvoir antigénique très faible.

d) Entérocoques recueillis au niveau de la peau saine chez les nourrissons à épiderme normal : donnent une souche à pouvoir antigénique nul.

e) Entérocoques provenant du contenu intestinal du nourrisson normal : donnent une souche à pouvoir antigénique nul.

(Des vaccins et des souches d'entérocoques provenant de lésions autres que les dermites ont été étudiés. Ces entérocoques pathogènes gardent un pouvoir antigénique).

C'est donc un entérocoque pathogène qui doit servir.

2. — CULTURE.

De très nombreux vaccins ont été préparés par les auteurs pour l'étude de l'intradermo-réaction et leur thérapeutique anti-entérococcique. Après de nombreux essais et de nombreuses préparations, H. et J. Montlaur se sont arrêtés à un vaccin obtenu en partant d'une culture de 48 heures sur milieu de Truch bilié (milieu de Weissenbach).

Après 48 heures de séjour à l'étuve à 38°, la culture obtenue est abondante et présente les caractéristiques des cultures d'entérocoques en milieu liquide (signe du tire-bouchon, en particulier).

Après centrifugation dans des tubes stériles, le culot de centrifugation est délayé dans de l'eau physiologique stérile et centrifugé à deux reprises,

pour débarrasser la culture des matières albuminoïdes transformées par le développement du germe dans le milieu.

3. — ISOLEMENT DES GERMES.

Il est assez difficile d'obtenir une culture pure d'entérocoque car on le trouve le plus souvent accompagné d'un bacille à Gram négatif, du type coli. L'isolement peut se faire avec une culture en milieu liquide, par passages sur boîtes de Pétri ou ou mieux en gélose de Veillon.

4. — PRÉPARATION DU VACCIN.

Le vaccin est obtenu de la manière la plus simple, en mettant en suspension dans de l'eau physiologique stérile les corps microbiens obtenus par centrifugation et lavage.

Lorsque par comparaison avec une échelle diaphanométrique la concentration microbienne paraît convenable, l'atténuation du germe est obtenue selon la méthode de Ranque et Sénez : 1/2 heure de contact avec une solution iodo-iodurée forte, neutralisation de l'excès d'iode par l'hyposulfite de soude.

Le vaccin est ensuite mis en ampoules, avec toutes les précautions que comportent les produits à injecter dont la stérilisation n'est pas possible.

5. — CONCENTRATION.

Le premier vaccin utilisé renfermait 5 milliards de germes par cmc. Au cours de son emploi quelques enfants ayant présenté des vomissements, les doses ont été modifiées tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre, puisque de très nombreux vaccins ont été préparés, renfermant jusqu'à 20 milliards de germes par cmc.

La pratique a démontré que le vaccin le plus opportun était représenté par une concentration microbienne à 2 milliards de germes par cmc. que H. et J. Montlaur, poursuivant leurs études dans cette voie, viennent d'abaisser à 1 milliard de germes par cmc.

CHAPITRE II

DÉVELOPPEMENT THÉORIQUE DU TRAITEMENT PAR LE VACCIN ANTI-ENTÉROCOCCHIQUE

a) VOIE INTRADERMIQUE.

Les travaux de M. Ch. Gernez de Lille ont montré que l'injection d'un antigène dans la peau peut déterminer dans l'organisme l'apparition des témoins habituels de l'immunité humorale. De nombreux travaux récents ont mis en évidence le rôle du tissu réticulo-endothélial du derme et du système adéno-lymphatique dans les échanges intertissulaires et dans la défense de l'organisme, aux infections cutanées en particulier.

L'immunité ainsi acquise semble donc à la fois d'ordre humoral et d'ordre tissulaire. La richesse des éléments du derme en capillaires sanguins et en filets nerveux de toute sorte permet à l'antigène une pénétration et une dissémination dans l'économie bien plus considérable que dans les autres méthodes de vaccination habituelles. La lenteur de la résorption du vaccin semble être un élément

favorable à son action thérapeutique, en permettant une certaine accoutumance des cellules réceptives et la modification des propriétés des agents qu'on y incorpore, entraînant une excitation de la défense organique. Cette méthode vaccinale évite de plus une réaction inutile, et souvent pénible chez les enfants, assez fréquente dans la vaccination par voie sous-cutanée.

Mais à côté de ces nombreux avantages, l'intra-dermo-vaccination dans le traitement des dermites entérococciques présente quelques inconvénients.

La dilution du vaccin aux doses voulues, surtout au début, n'est pas toujours aisée. De plus elle exige un personnel médical susceptible de pouvoir la pratiquer et par là oblige de fréquents déplacements de l'enfant ce qui peut l'exposer, surtout en hiver à de nombreux risques infectieux. Enfin, dans certains cas, l'état des lésions qui sont disséminées sur tout le corps, ne permet pas de recourir à ce mode de traitement.

C'est pourquoi, dans la pratique courante, pour le traitement des dermites entérococciques, H. et J. Montlaur lui ont substitué, dans la majorité des cas, la vaccination par voie buccale.

b) VOIE BUCCALE.

Les travaux de Besredka, en particulier, sur la vaccination locale, ont montré que le vaccin, pour être efficace devait reproduire aussi exactement que

possible, la maladie contre laquelle il est employé, et pour cela, accomplir le même parcours que le virus lui-même et affecter le même organe, ou le même groupe d'organes.

L'affinité de certains microbes pour l'intestin, a permis la possibilité d'immunisation par voie digestive. Dans l'administration du vaccin par voie buccale, la vaccination s'établit par contact immédiat avec l'organe réceptif et crée une immunité locale intestinale, qui s'établit généralement en un temps assez court.

La simplicité de son application, les dilutions plus commodes à obtenir des doses de vaccin, enfin la possibilité de poursuivre le traitement à domicile, font que la vaccination par voie buccale, dans le traitement des dermites entérococciques, est, semble-t-il, préférable dans la pratique journalière.

TROISIÈME PARTIE

Applications pratiques du traitement.

CHAPITRE PREMIER

TRAITEMENT VACCINAL SPÉCIFIQUE

1. — VACCINATION PAR VOIE INTRADERMIQUE.

La vaccination par cette méthode est calquée peut-on dire, sur la méthode d'immunisation expérimentale. Doses très faibles au début, augmentées progressivement, au fur et à mesure que s'acquiert la résistance du sujet.

Théoriquement, ces injections sont faites de deux jours en deux jours, en un endroit quelconque du corps, là où l'état de la peau le permet. Elles peuvent être plus rapprochées ou au contraire espacées, selon les circonstances. On utilise généralement une aiguille calibrée à 5/10 de millimètre, donnant C gouttes au cmc.

Les premières doses employées, correspondent à des doses de vaccin très dilué, renfermant en moyenne de 20 à 50 millions de germes par cmc. On n'injecte dans le derme qu'une seule goutte de cette dilution.

Progressivement en tenant compte de l'état général du petit malade, de l'étendue des lésions, ces doses de début sont augmentées, et l'on passe ainsi à des injections d'une goutte de vaccin dilué, renfermant 100, 200 et 300 millions de germes par cmc.

Les dilutions sont faites avec de l'eau physiologique stérilisée. On arrive finalement à des dilutions voisines de la teneur normale du vaccin, dont on peut injecter pur, I et même II gouttes. La concentration à 2 milliards de germes par cmc. n'a jamais été dépassée.

Il est impossible de préciser la durée du traitement. Habituellement, les lésions commencent à rétrocéder vers la 3^e ou la 5^e injection, et la guérison s'observe vers la 10^e ou la 12^e, quelquefois plus tardivement. La réaction focale, de courte durée d'ailleurs, qui se produit à l'endroit de l'injection et la légère réactivation des lésions à distance, au début du traitement, ne doivent pas être considérées comme des contre-indications.

2. — VACCINATION PAR VOIE BUCCALE.

Les doses de vaccin sont, en principe, ingérées tous les jours, en deux ou trois fois, dans un peu

de lait ou d'eau bouillie sans horaire bien précis, mais de préférence quelques instants avant les repas.

Les doses initiales sont d'environ 50 millions de germes par jour, ce qui représente, pour un vaccin à 1 milliard de germes par cmc., la valeur d'une goutte de vaccin pur. La progression des doses peut se faire d'une façon plus rapide que dans la méthode précédente, et l'on arrive à faire prendre la valeur de $1/2$, 1 et même 2 milliards de germes par jour.

Des doses quotidiennes supérieures, atteignant 15 et 20 milliards de germes, ont été essayées et n'ont pas donné de meilleurs résultats.

La méthode employée par le Dr Blechmann dans son service, pour la vaccination par voie buccale, nous semble assez pratique et nous l'indiquons ici :

Une ampoule de 5 cmc. de vaccin renfermant 1 milliard de germes par cmc. est diluée dans 45 gr. d'eau bouillie (soit la valeur de trois cuillerées à soupe, ou neuf cuillerées à café d'eau), ce qui représente finalement une dilution de vaccin au dixième.

Chaque goutte de cette dilution renferme donc 5 millions de germes.

On peut faire prendre à l'enfant le premier jour V gouttes en tout, ou V gouttes matin et soir de ce mélange.

On augmente les doses de V gouttes matin et soir les jours suivants, que l'on fait prendre dans le cou-

rant de la journée, délayées dans un peu de lait ou d'eau bouillie.

3. — VACCINATION PAR VOIE RECTALE.

Dans quelques cas, heureusement assez rares, le traitement par voie intradermique et même par voie buccale, est impossible. Cette éventualité peut se produire en présence d'un enfant vomisseur et présentant des lésions cutanées étendues à tout le corps.

On peut alors recourir au traitement par voie rectale. Les doses de vaccin employées sont les mêmes que dans le traitement par voie buccale. On les dilue dans 20 ou 50 grammes d'eau bouillie, que l'on administre en lavement.

Il peut arriver au cours du traitement quel qu'il soit, que les réactions dues au vaccin semblent trop fortes, ou que les grosses doses semblent agir moins bien. L'enfant peut paraître anorexique ou présenter des vomissements. Il faut alors revenir aux doses initiales de vaccin, s'y maintenir deux ou trois jours et continuer le traitement en suivant une progression de doses, plus lente.

Ces considérations que nous venons de développer exigent suivant les cas en présence quelques légères modifications.

Il faut en effet tenir compte de l'âge, du poids, de l'état général et des troubles digestifs présentés par chaque enfant afin de pouvoir lui appliquer un traitement approprié.

La guérison des dermites entérococciques a pu être obtenue dans la grande majorité des cas, par l'emploi du vaccin anti-entérococcique seul, à l'exclusion de tout autre traitement. Néanmoins il est utile, pour favoriser son action, de lui adjoindre quelques prescriptions diététiques.

A. — Selon l'âge et le poids de l'enfant.

La vaccination anti-entérococcique a pu être entreprise chez de très jeunes enfants, âgés de 4 semaines à peine.

Dans ces conditions les doses de début sont très réduites, répétées pendant quelques jours afin de tâter la sensibilité de l'enfant au vaccin. Elles sont ensuite augmentées prudemment et dans la mesure où cette augmentation ne détermine aucune réaction vive.

Mais, le plus souvent, les enfants ne sont vus que vers l'âge de six semaines à trois mois, et les doses que nous avons indiquées plus haut, soit :

50 millions de germes par voie buccale (soit X gouttes de la dilution au dixième du vaccin à 1 milliard par cmc.);

Injection intradermique d'une goutte de vaccin à 50 millions par cmc. ;

Peuvent être utilisées dès le premier jour. La progression peut se faire ici d'une façon plus rapide, pour arriver aux doses finales suivantes journalières.

Voie intradermique : injection de 1 et même 2 gouttes de vaccin à 1 milliard de germes par cmc.

Voie buccale :

Nourrisson normal de 3 mois pesant de 4 kgr. 500 à 5 kgr. : 200 à 300 millions par kgr. de poids, soit de 900 millions à 1 milliard et demi de germes par 24 heures ;

Nourrisson normal de 5 mois pesant environ 6 kgr. 500 ou 7 kgr. : 2 milliards par jour ; dose qu'en principe on ne devra pas dépasser.

B. — *Selon l'état général et les troubles digestifs.*

Deux règles essentielles dominant ici les prescriptions thérapeutiques.

1. Se guider avant tout sur l'état général de l'enfant et sa courbe de poids.

2. Ne pas supprimer l'allaitement en cours quel qu'il soit.

A l'heure actuelle, tous les pédiâtres sont d'accord sur les dangers présentés par la suppression totale du lait chez les eczémateux. Quelles que soient les qualités des autres régimes tant au point de vue chimique que bactériologique le nourrisson ne peut se passer de son aliment idéal, le lait. Il faut, au contraire, chercher à lui en faire tolérer le maximum possible.

Dans le cas particulier qui nous intéresse, il faut de plus se souvenir que les enfants atteints de dermites à entérocoques présentent une colite acide,

se traduisant par un excès du taux des acides de fermentation. En règle générale tous les aliments qui apportent des produits fermentescibles sont donc à supprimer.

La sous-alimentation que l'on observe assez fréquemment chez ces enfants, par crainte d'une aggravation des lésions cutanées, et qui les expose aux infections diverses devra, être combattue d'une façon énergique.

a) LE NOURRISSON NORMAL.

Le nourrisson normal, en bon état de nutrition, dont la courbe de poids est régulièrement ascendante malgré l'étendue de la dermatose et l'importance des troubles digestifs peut être soumis d'emblée à la vaccination antientérococcique. Quant à son alimentation, il suffit de la diriger convenablement et de la régler.

L'enfant au sein conservera sa nourriture. En cas d'insuffisance du lait de la mère, on complétera les tétées par un lait très peu gras, soit par du babeurre doux non acide, ou du babeurre acide, saturé par de l'eau de chaux.

Au cours de l'allaitement artificiel, il y a souvent intérêt à donner la préférence aux laits peu riches en beurre puisque beaucoup de ces enfants présentent par insuffisance hépato-pancréatique un trouble du métabolisme des graisses.

On peut s'adresser au lait de vache écrémé, au

lait en poudre demi-crème , pour augmenter la valeur calorique de ces laits, il est nécessaire de les sucrer davantage.

On devra s'abstenir du lait condensé autant que possible, car actuellement ces laits condensés sont des laits entiers, donc des laits gras.

Chez les enfants intolérants au lait et atteints de dermite entérococcique, on avait préconisé les bouillons de légumes dans la préparation des hiberons. Or ceux-ci sont essentiellement fermentescibles, et il faut donc absolument les proscrire de la diététique de ces enfants.

Pour parer à ces inconvénients on peut utiliser le bouillon de légumes sans hydrate de carbone de J. Montlaur ou le bouillon de légumes vitaminé de Blechmann.

Avec ces bouillons de légumes et de la crème de riz ou de la semoule, ou du riz cuit à l'eau et passé à l'eau froide, on peut selon l'âge préparer des bouillies ou des potages épais n'apportant pas d'éléments fermentescibles.

Mais ces bouillons de légumes ont une valeur alimentaire très faible, et leur valeur antitoxique est presque nulle et c'est pourquoi on leur préfère actuellement le babeurre très, supérieur à plusieurs points de vue.

b) LES DÉBILES, LES HYPOTROPHIQUES.

Chez ces nourrissons, quel que soit leur degré de dénutrition, ou la cause de leur état, la vaccination devient beaucoup plus difficile. Quoique leur état cutané offre une porte d'entrée aux infections, il faut avant tout, chez eux relever l'état général. Le traitement dermatologique passe au second plan.

Les rations alimentaires de ces enfants doivent être assez élevées, supérieures en moyenne de $1/5$ à celle des enfants normaux du même âge.

L'allaitement au sein qui serait l'idéal ici, n'est malheureusement pas toujours possible. On peut, lorsqu'il existe, le compléter par du lait d'ânesse, trop difficile à se procurer. A son défaut ce qui réussit le mieux, c'est le babeurre doux non acide, ou la bouillie de babeurre au riz.

L'allaitement artificiel des débiles et des hypotrophiques est encore plus difficile.

Les débiles, surtout ceux dont le poids est inférieur à 2.500 grammes et les hypotrophiques de moins de 3 mois, supportent mal le lait de vache même très dilué.

On peut alors compléter l'allaitement par des bouillies de babeurre doux, ou des bouillies de babeurre condensé acide au riz sucré, en ajoutant de l'eau de chaux à ces derniers babeurre pour en saturer l'acidité.

Le régime de babeurre pur auquel sont soumis

certains débiles pendant le premier mois, sera progressivement remplacé par des laits demi gras ou de la poudre de lait. Il ne faut pas oublier en effet que le babeurre n'est qu'un aliment de transition dont l'emploi ne peut être prolongé indéfiniment.

Il faut également se méfier des régimes trop exclusifs et trop longtemps prolongés, aussi dès l'âge de 3 mois il est utile de commencer les bouillies maltées.

La farine de tournesol dont on a vanté l'action antidiarrhéique et l'action heureuse sur la croissance ne donne dans ces cas aucun résultat.

En dehors de ces prescriptions alimentaires, nous avons à notre disposition une série de médications stimulantes, d'ordre général, dont nous parlerons en détail au chapitre du traitement général.

Dès que l'état général des débiles ou des hypotrophiques s'est amélioré, quand la courbe pondérale se relève, on peut alors envisager le traitement vaccinal de la dermatose.

Ces enfants demandent à être surveillés de très près, d'une façon régulière. Les doses initiales très faibles sont maintenues plusieurs jours, et augmentées d'une façon très lente, en tenant compte journallement de l'état du tube digestif et de l'appétit de l'enfant. Les meilleures indications, répétons-le, sont fournies par la balance ; pendant toute la durée du traitement, la courbe de poids doit suivre son ascension régulière.

Les infections intercurrentes les plus bénignes,

pouvant prendre rapidement chez ces enfants une allure de gravité, nécessitent l'arrêt du traitement vaccinal pendant quelque temps. La reprise du traitement ne peut se faire que lorsque l'état général est redevenu satisfaisant.

La vaccination par voie buccale, plus facile à administrer, et dont les doses sont plus maniables, nous semble ici préférable. Les réactions générales sont moins à craindre que dans la voie intradermique.

c) L'HÉRÉDO-SYPHILITIQUE.

Que l'hérédo-syphilis se manifeste par des signes évidents ou qu'elle ne fournisse que des signes de présomption il y a tout avantage à la traiter avant d'entreprendre tout traitement dermatologique.

Le sulfarsénol est le médicament de choix si l'hérédo-syphilis est en activité. L'état cutané interdit en principe l'usage des frictions mercurielles. L'administration buccale des sels de mercure exige quelques précautions en raison de l'état du tube digestif. La solution de lactate de mercure au millième doit être maniée de façon prudente : II à III gouttes par jour au début, dose qui sera progressivement augmentée, jusqu'à la dose normale de VIII gouttes par kilogramme de poids.

La poudre grise, seule, ou associée au bismuth peut être prescrite à la dose moyenne de 5 à 10 milligrammes par jour.

Le calomel, à doses filées, à dose presque homéopatique pourrait-on dire est particulièrement recommandé chez les enfants atteints de dyspepsie du lait de vache.

Sous l'influence de ce traitement antisyphilitique seul, un bon nombre d'eczémas du nourrisson, a pu être amélioré. Le plus souvent on lui associe en même temps le traitement vaccinal anti-entérococcique et les deux médications vont s'intriquer pour obtenir la guérison cutanée.

Lorsque la diététique et les petits moyens habituels sont impuissants à ramener l'appétit d'un enfant, même en l'absence de tout signe d'hérédosyphilis, il ne faut pas hésiter à prescrire une cure antisyphilitique, et en particulier par les sels de mercure ou le sulfarsénol.

CHAPITRE II

LE TRAITEMENT GÉNÉRAL

Le traitement local des lésions, inutile dans la plupart des cas, doit surtout viser à éviter les infections secondaires. Avant tout, il ne faut pas nuire, et se méfier des préparations irritantes et mal tolérées. Le prurit souvent assez intense dès le début et qui engendre le grattage peut être combattu par l'administration de gardénal à la dose moyenne de 1 centigramme par jour.

L'hygiène des enfants atteints de dermites entéro-cocciques sera surveillée de très près. Pendant toute la durée de l'affection, les bains seront interdits, car ils sont une cause de dissémination des lésions et ne servent qu'à macérer l'épiderme déjà si fragile.

Les couches seront changées le plus souvent possible, dès qu'elles auront été souillées par l'urine ou les matières fécales.

Ces couches seront lavées sans produit chimique et bien rincées à l'eau pure avant d'être employées.

Sur les lésions du siège, on peut à la rigueur appliquer de temps en temps, des préparations neutres telles que la pâte à l'eau ou le liniment oléocalcaire destinées plutôt à calmer la cuisson provoquée.

En fin de traitement, on peut favoriser la chute des lésions croûteuses du cuir chevelu, en savonnant le crâne de l'enfant ou par l'emploi de quelques schampoings.

Les reliquats d'intertrigo que l'on voit persister quelquefois après la guérison cutanée, peuvent être touchés de temps en temps avec une solution de nitrate d'argent au centième.

La diarrhée persistante, que le traitement vaccinal n'arrive pas à entraver peut être combattue chez l'enfant au sein par une potion à base d'eau de chaux, et chez l'enfant soumis à l'allaitement artificiel par du tannin ou du bismuth ou même du carbonate de chaux. Pendant quelque temps on a alors intérêt à supprimer les jus de fruits.

Enfin il ne faut pas oublier l'action heureuse des régimes vitaminés sur les enfants atteints d'infection.

Dans quelques cas, heureusement assez rares, les moyens diététiques, le traitement ne suffisent pas et l'état général des enfants, surtout les débiles et les hypotrophiques, reste mauvais. On peut alors s'adresser à une thérapeutique stimulante et employer l'une des méthodes suivantes :

a) Injections quotidiennes de sérum glucosé à 47 ‰ de 5 à 20 cmc.

Si l'enfant présente des vomissements on emploiera de préférence le sérum chloruré aux mêmes doses.

b) A défaut d'injections on peut employer des lavements de 10 ou 20 cmc. de sérum glucosé à 47 ‰ auquel on peut ajouter une goutte d'adrénaline s'il n'y a pas de diarrhée.

c) Dans certains cas de dénutrition assez avancée, l'insuline injectée tous les deux jours, à la dose d'une unité par kilogramme de poids, soit pure, soit diluée dans du sérum glucosé.

d) Enfin on peut utiliser avec succès, les injections sous-cutanées de sang maternel. Dans le cas où l'on ne peut prendre du sang maternel, il est prudent de ne s'adresser qu'à un donneur universel, le père n'étant pas toujours du même groupe sanguin que l'enfant.

RÉSULTATS

Quelle que soit la méthode employée, l'administration du vaccin anti-entérococcique amène la guérison cutanée suivant le même processus. L'amélioration porte d'abord sur les lésions des plis qui s'assèchent. La lésion initiale, *l'eczéma intertrigo* est donc atteinte la première.

Puis le siège pâlit, les collerettes de bordure disparaissent ainsi que les éléments aberrants, et l'épidermisation commence.

Quand la dermite s'accompagne d'eczématides, celles-ci à leur tour s'estompent, la desquamation, souvent abondante à leur niveau, diminue et finit par disparaître. Les squames adhérentes du cuir chevelu et du visage tombent en dernier lieu, laissant voir sous elles une peau saine.

Au début du traitement vaccinal, il est fréquent de constater une poussée éruptive du type eczématide, d'ailleurs vite influencée par le vaccin.

Quelques récidives peuvent s'observer un certain temps après la fin du traitement, en relation le plus souvent avec de nouveaux troubles digestifs ou dus à un incident surajouté. Elles sont en général de

courte durée et restent localisées au niveau du siège.

Les troubles digestifs qui accompagnent ces dermites sont eux aussi nettement améliorés sous l'influence du vaccin. Les selles deviennent moins fréquentes et reprennent vite leur consistance normale. L'analyse chimique y montre une diminution du taux des acides organiques. Les selles mastic, volumineuses, indices de troubles de la dyspepsie du lait de vache exigent quelquefois, nous l'avons vu, une médication adjuvante par le calomel.

Le vaccin n'a guère montré son influence dans les cas de constipation.

L'état général des enfants atteints de dermite entérococcique s'améliore d'une façon remarquable dès qu'on institue le traitement vaccinal. Les courbes de poids reprennent vite leur progression régulière.

OBSERVATIONS

Vaccination par voie intra-dermique.

(Observations communiquées par les D^{rs} H. et J. Montlaur.)

I

Jean T..., né le 29 septembre 1929, à terme.

Poids à la naissance : 4.000 grammes.

Le 19 mars 1930, jusqu'à 2 mois 1/2 sein seul, puis sein plus lait condensé. N'a jamais présenté d'érythème fessier ?

Depuis l'âge de 5 mois, apparition d'une éruption intéressant les joues, le cuir chevelu, la région cervicale et la face dorsale des mains.

Au cuir chevelu : lésions érythémato-squameuses sèches, constituées par des placards de squames grasses, arrondies, de dimension variable. Aux joues, deux vastes placards eczématoïdes suintants, à bordure irrégulière.

Intertrigo du cou et des sillons rétro-auriculaires.

Le 24 mars 1930, même état.

1^o Intradermo-réaction au vaccin anti-entérococcique : petite papule érythémateuse.

Le 26 mars 1930 : 6 kgr. 580.

Amélioration locale. L'érythème et le suintement sont très

atténués, les limites des lésions se rétrécissent. La région rétro-auriculaire est très améliorée.

Régime : 2 tétées, plus 3 biberons de lait de vache et une bouillie de farine Nestlé.

2^o *I goutte de vaccin anti-entérocoque à 2 milliards par cmc.*

Le 28 mars 1930, grande amélioration à l'oreille.

L'enfant se gratte.

3^o *Intradermo-réaction : I goutte de vaccin anti-entérocoque.*

Le 31 mars 1930, légère poussée des lésions. L'enfant se gratte davantage ; quelques points d'impétiginisation.

4^o *I goutte de vaccin anti-entérocoque.*

Le 2 avril 1930, 6 kgr. 680.

5^o *II gouttes de vaccin anti-entérocoque.*

Pommade à l'oxyde jaune sur les lésions impétiginisées.

Le 4 avril, grosse amélioration cutanée.

6^o *III gouttes de vaccin anti-entérocoque.*

Le 7 avril, 6 kgr. 740.

Amélioration générale.

7^o *III gouttes de vaccin anti-entérocoque.*

Le 9 avril, les lésions cutanées sont à peu près guéries.

II

Gisèle P..., née le 11 juin 1930.

Poids à la naissance : 2 kgr. 550.

Pendant 3 mois 1/2 sein seul, puis lait condensé sucré.

Actuellement lait écrémé.

Troubles intestinaux avec selles vertes non diarrhéiques

à l'âge de 1 mois. Puis apparition d'un érythème fessier.

Le 26 septembre, 4 kgr. 080.

Vaste intertrigo inguino-vulvaire et des plis des cuisses débordant largement sur les cuisses et les fesses. Lésions érosives suintantes. Bordure polycyclique. Quelques éléments aberrants avec collerette épidermique.

Léger érythème du tronc, avec fine desquamation. Intertrigo rétro-auriculaire.

La région fronto-pariétale est couverte de squames grasses sur un fond d'érythème.

Le 29 septembre,

1^o *Intradermo-réaction au vaccin anti entérococcique dilué.*

Le 1^{er} octobre, les selles sont notablement améliorées.

L'érythème du siège est très atténué. L'épidermisation commence en de nombreux points.

2^o *1 goutte de vaccin anti-entérococcique à 2 milliards.*

Le 3 octobre, l'amélioration continue. L'érythème est à peu près disparu. Lésions moins ulcéreuses.

3^o *1 goutte de vaccin à 2 milliards.*

Le 6 octobre, l'épidermisation est à peu près complète au niveau du siège.

4^o *1 goutte de vaccin à 2 milliards.*

Le 8 octobre, selles normales.

Le siège est à peu près guéri. Les squames grasses du cuir chevelu commencent à se détacher.

5^o *1 goutte de vaccin anti-entérococcique.*

Le 10 octobre, très bon état général. Guérison à peu près complète des lésions cutanées.

Selles normales.

III

Claude L..., né le 6 mars 1930.

Poids de naissance : 3 kgr. 550 ; placenta 690 gr

Pendant 1 mois allaitement mixte : sein et lait condensé.

A 1 mois sevré complètement, l'enfant est mis au lait de vache

Apparition de l'érythème fessier le huitième jour, qui persiste jusqu'au troisième mois et finit par disparaître. Selles blanches avec tendance à la constipation.

Vers le sixième mois réapparition de l'érythème fessier : forme papuleuse. A partir de ce moment des lésions cutanées font leur apparition au cuir chevelu, au front, aux membres supérieurs et en dernier lieu sur le corps.

Le 18 mars 1931, au niveau du siège, des lésions érythémato-squameuses avec déjà un certain degré de lichénification. Lésions diffuses sur les membres inférieurs et quelques papules de prurigo.

Erythème à peu près généralisé au niveau^f du tronc, avec, en certains points, une fine desquamation.

Au niveau des joues, placards vésiculeux secs. Sur le front et la région sourcilière quelques croûtes assez épaisses, verdâtres. Lésions érythémato-squameuses des oreilles. Pas d'intertrigo rétro-auriculaire.

Du 27 mars au 24 avril, traitement par le lactate d'hydrargyre et le calomel.

Le 24 avril, meilleur état général. Selles jaunes, plus colorées.

1° *Intradermo au vaccin anti-entérococcique à 100 millions par cmc.*

Le 27 avril,

2° *1 goutte de vaccin à 100 millions par cmc.*

Le 29 avril,

3° *1 goutte de vaccin à 400 millions par cmc.*

Le 1^{er} mai, 8 kgr. 370.

L'érythème pâlit dans son ensemble.

4° *1 goutte de vaccin à 400 millions par cmc.*

Le 4 mai,

5° *1 goutte de vaccin à 500 millions par cmc.*

Même état cutané. Apparition de quelques papules érythémateuses dans la région lombaire.

Le 6 mai, 8 kgr. 470.

6° *1 goutte de vaccin à 1 milliard par cmc.*

L'érythème du siège s'atténue et le prurit diminue.

Le 8 mai, l'enfant a bon appétit.

7° *1 goutte de vaccin à 1 milliard.*

Le 11 mai, dans l'ensemble, amélioration des lésions cutanées.

Les lésions s'assèchent.

8° *1 goutte de vaccin à 1 milliard.*

9° Le 13 mai, *1 goutte de vaccin à 2 milliards par cmc.*

Le cuir chevelu n'est plus érythémateux. Les régions sacro-lombaire et fessière sont notablement améliorées. Papules moins nombreuses et moins grosses.

Le 15 mai, 8 kgr. 670.

Légère poussée érythémateuse au niveau du visage et du cuir chevelu. Redonner du calomel.

10° *1 goutte de vaccin à 2 milliards.*

Le 18 mai, le siège est à peu près normal. Dans l'ensemble le suintement se tarit. Selles toujours mal digérées.

11° *1 goutte de vaccin à 2 milliards.*

12° Le 20 mai, *1 goutte de vaccin à 2 milliards.*

Remettre l'enfant aux bouillies de crème de riz.

Amélioration des lésions de la face. La peau du siège reprend son aspect normal.

Vaccination par voie buccale.

(Observations personnelles).

I

Maud O..., née le 8 janvier 1932.

Poids à la naissance : 3 kgr. 450. Placenta 700 grammes,

Le 6 février 1932, 3 kgr. 400.

Vient consulter pour un léger érythème fessier apparu depuis quelques jours seulement.

Nourrie au sein : 7 repas par 24 heures.

Le 10 février, l'érythème a nettement augmenté. Déborde un peu sur la région lombaire en arrière, et le bas-ventre en avant. En même temps, on constate de la séborrhée de la face et du cuir chevelu. L'enfant présente de la diarrhée depuis plusieurs jours, traitée par une potion à l'eau de chaux.

Le régime est ainsi constitué : 6 tétées et 1 biberon de 80 grammes préparé avec de la poudre de lait.

Le 13 février, 3 kgr. 670.

La diarrhée a disparu, mais l'érythème n'a pas été amélioré.

Le 24 février, 3 kgr. 930.

L'état général de l'enfant est meilleur. La dermite évolue

sans amélioration : le visage et le cuir chevelu sont envahis de squames grasses et adhérentes.

Un dosage de beurre dans le lait de la mère donne le résultat suivant : 34 gr. 50 %.

L'enfant prend 2 cachets de calomel et bismuth par jour.

Le 16 mars, 4 kgr. 400.

Début du traitement vaccinal. L'enfant prend : X gouttes d'une dilution au dixième d'un vaccin anti-entérococcique renfermant 1 milliard de germes par cmc. le premier jour.

Augmenter la dose de X gouttes par jour.

Le 19 mars, 4 kgr. 520.

L'érythème semble légèrement amélioré.

Remplacer une seconde tétée par un biberon de poudre de lait.

Le 23 mars, l'enfant a meilleur appétit. Les lésions cutanées du siège semblent moins intenses. Les doses de vaccin sont augmentées.

Le 30 mars, 4 kgr. 800.

L'amélioration se poursuit, il ne reste presque plus de lésions cutanées. *Arrêter le vaccin.*

L'enfant est revu le 27 avril 1932. La guérison cutanée est complète. Seul persiste un léger intertrigo rétro-auriculaire.

II

Aristide N..., né le 26 janvier 1932.

Poids à la naissance : 2 kgr. 760. Placenta 550 grammes.

Le 24 février : 3 kgr. 100.

Erythème en fer à cheval descendant jusqu'à la moitié des

membres intérieurs, et précédé de diarrhée pendant quelques jours.

Régime : 7 tétées, plus un biberon de 75 grammes préparé avec de la poudre de lait.

Le 2 mars, 3 kgr. 250.

L'enfant prend 80 grammes à chaque tétée.

Les lésions cutanées sont soignées par des pansements au lactéol liquide.

Le 16 mars, 3 kgr. 400.

Aucune amélioration cutanée n'ayant été constatée, on commence le *traitement vaccinal par voie buccale*.

Premier jour : V gouttes matin et soir d'une dilution au dixième d'un vaccin à 1 milliard de germes par cmc.

Augmenter la dose de V gouttes matin et soir les jours suivants.

Le 19 mars, 3 kgr. 500.

Très légère amélioration. Les lésions fessières sont plus pâles. *Continuer le vaccin.*

Le 30 mars, 3 kgr. 530.

Très grosse amélioration ; les lésions du siège ont presque entièrement disparu.

Compléter les tétées qui sont devenues insuffisantes.

Le 6 avril, 3 kgr. 800.

Bon état général. L'érythème a disparu presque entièrement, le visage ne présente plus de lésions.

L'enfant ne digérant pas bien le lait, prend 1 milligramme de calomel et 30 centigrammes de bismuth par jour.

Continuer le vaccin buccal.

Le 19 avril, 4 kgr.

Guérison cutanée à peu près complète.

Deux milligrammes de calomel par jour.

Le 27 avril, 4 kgr. 170.

La guérison cutanée persiste.

III

Marie-Hélène M..., née le 23 février 1932.

Poids à la naissance : 2 kgr. 975. Placenta 350 grammes.

Premier enfant né à terme, accouchement normal ; nourrie au sein, 7 tétées par jour.

Amenée le 26 mars pour un érythème fessier banal, pas très intense. Prend 120 grammes à chaque tétée.

Le 2 avril, 3 kgr. 830.

L'érythème a légèrement augmenté. Intertrigo du pli rétro auriculaire droit.

Le 9 avril, 4 kgr. 060.

L'érythème gagne encore sur la région fessière et lombaire. En même temps apparaît de la séborrhée du visage et du cuir chevelu, accompagnée de quelques squames grasses.

Le 13 avril, 4 kgr. 030.

L'enfant boit moins bien et paraît légèrement agitée.

Début du traitement vaccinal.

X gouttes par jour, de vaccin à 1 milliard de germes par cmc. dilué au dixième.

Augmenter la dose de X gouttes par jour si l'enfant le supporte bien.

Le 20 avril, 3 kgr. 980.

Dosage du beurre dans le lait maternel : 41 gr. ‰.

L'érythème fessier a augmenté d'intensité. Réaction

cutanée du type séborrhéique, généralisée. Dermite squameuse, non suintante prédominant au niveau de la face et du crâne.

Reprendre le vaccin dilué à la dose de X gouttes matin et soir et augmenter progressivement les jours suivants.

Le 23 avril, légère amélioration cutanée.

Le 30 avril, 4 kgr. 440.

L'enfant prend 6 tétées par jour, plus deux biberons de 100 grammes de lait glaxo écrémé.

On note une légère desquamation, surtout au niveau du thorax et du cuir chevelu.

Le 7 mai, 4 kgr. 730.

L'enfant semble bien s'accommoder à son nouveau régime, l'augmentation de poids est régulière.

Les lésions cutanées diminuent d'intensité, le siège est moins rouge.

Le 11 mai, 4 kgr. 810.

Augmenter les doses de lait par biberon.

Même régime Légère amélioration cutanée.

Le 22 juin, 6 kgr. 100.

Il persiste un très léger érythème du siège. Les autres régions du corps sont guéries. Bon état général.

Légère constipation. *Cesser le vaccin.*

Le 6 juillet, 6 kgr. 300.

Guérison cutanée complète.

Très bon état général.

IV

Odette C..., née le 14 mai 1932.

Poids à la naissance : 2 kgr. 220.

Nourrie au sein : 6 repas par 24 heures.

Le 11 juin, 2 kgr. 770.

Vient consulter pour un érythème fessier, au niveau duquel on constate la présence de quelques bulles pemphigoïdes. Nombreux éléments de parakératose au niveau du thorax et du visage. Séborrhée avec quelques squames grasses au cuir chevelu. Intertrigo au niveau des plis du cou.

Le 15 juin, 2 kgr. 880.

L'érythème a gagné en étendue, les lésions du thorax sont plus nombreuses.

Début du traitement buccal.

V gouttes matin et soir, d'une dilution au dixième d'un vaccin à 1 milliard de germes par cmc.

Augmenter les doses de V gouttes matin et soir chaque jour.

Le 18 juin, 2 kgr. 780.

Même état cutané. Continuer les doses progressives de vaccin.

L'enfant qui ne grossit pas assez, prendra 6 tétées plus un biberon de lait sec par 24 heures.

Le 29 juin, les lésions des plis sont sèches. Ailleurs la desquamation se fait facilement.

Le 13 juillet, prend du vaccin depuis 22 jours. Très grosse amélioration cutanée. Le siège est à peu près guéri.

Presque rien sur le thorax et le visage.

Le 20 juillet, guérison cutanée complète.

Cesser le vaccin buccal.

V

Geneviève G..., née le 26 juin 1932.

Poids à la naissance 3 kgr. 280. Placenta 540 grammes.

Nourrie au sein : 7 tétées par 24 heures.

Est amenée le 6 juillet pour des rougeurs sur le corps.

A l'examen, l'enfant présente un érythème assez intense du siège, descendant sur les membres inférieurs, et s'accompagnant de trois ou quatre bulles pemphigoïdes. Les plis inguinaux et cruraux sont plus rouges et légèrement suintants.

Eczématides disséminées au visage et au cuir chevelu. Quelques éléments rouges sur la partie antérieure du thorax. Intertrigo des aisselles et des coudes.

La desquamation se fait en larges lambeaux, laissant une surface sous-jacente ulcérée par endroits.

Fontanelle très large et légèrement déprimée.

Traitement buccal par le vaccin anti-entérococcique.

Matin et soir, une cuillerée à café d'une dilution au dixième d'un vaccin à 1 milliard de germes par cmc.

Le 9 juillet, 3 kgr. 780.

La desquamation continue. Dans l'ensemble les lésions sont plus sèches et moins vives. Continuer le vaccin aux mêmes doses.

Remplacer une tétée par un biberon de poudre de lait si le poids de l'enfant n'augmente pas suffisamment.

Le 13 juillet, quelques nouveaux éléments bulleux apparaissent au niveau de la dermite. Continuer le vaccin en augmentant les doses.

Régime : 6 tétées, plus 1 biberon de poudre de lait.

Le 23 juillet, 3 kgr. 850.

Depuis trois jours apparition de diarrhée : selles vertes 3 ou 4 par jour. Les lésions du visage et l'intertrigo ont disparu.

Reprendre le vaccin aux doses initiales. Donner une troisième cuillerée à café de vaccin dilué si l'enfant le supporte bien.

Le 3 août, 4 kgr. 130.

L'enfant a été progressivement sevré. Prend actuellement 7 biberons de 100 grammes, préparés chacun avec 2 cuillerées à soupe de lait Dryco et 1 cuillerée à café de sucre.

Les lésions cutanées sont très minimes.

L'enfant prend la valeur de 1 cmc. $\frac{3}{4}$ de vaccin à 1 milliard de germes par cmc. tous les jours.

Le 6 août, 4 kgr. 210.

Cesser le vaccin.

Guérison cutanée complète.

VI

Jean-Claude O..., né le 24 août 1932.

Poids à la naissance : 3 kgr. 400. Placenta : 540 grammes.

Premier enfant né à terme. Accouchement normal. Nourri au sein.

Le 22 septembre, 3 kgr. 930.

Léger érythème fessier péri-anal.

Le 8 octobre, 4 kgr. 030.

L'érythème semble en voie de régression.

Simple soins de propreté. L'horaire des tétées est réglé.

Le 19 octobre, 4 kgr. 120.

Les lésions fessières ont nettement augmenté, et prennent le type post-vésiculeux. Débordent sur les fesses et la face interne des cuisses.

Régime alimentaire : 6 tétées plus 1 biberon de poudre de lait.

Le 22 octobre, 4 kgr. 130.

L'érythème a encore gagné en étendue, les lésions sont plus accusées. L'interrogatoire apprend que la mère faisait la toilette de l'enfant avec de l'eau additionnée de Néol.

Injectons quotidiennes de 10 cmc. de sérum glucosé sous-cutané à l'enfant.

Le 26 octobre, 4 kgr. 200.

Commencer le traitement par vaccin anti-entérococcique.

V gouttes matin et soir du vaccin dilué au 1/10 et renfermant 1 milliard de germes par cmc.

Augmenter les doses de V gouttes matin et soir chaque jour.

Le 29 octobre, 4 kgr. 270.

La vaccin n'a été commencé que depuis la veille. Augmenter les doses de poudre de lait, et donner à l'enfant un peu de bismuth.

Le 5 novembre, 4 kgr. 500.

L'érythème est très amélioré. Les lésions fessières ont pâli et légèrement diminué. Continuer le vaccin et remplacer une seconde tétée par un nouveau biberon.

Le 12 novembre, 4 kgr. 650.

L'état général de l'enfant est très satisfaisant. L'érythème a presque complètement disparu. Même régime alimentaire.

Le 23 novembre, 4 kgr. 680.

Guérison cutanée presque complète. *Cesser le vaccin.*

Régime alimentaire : 3 biberons de Nestogène (lait demi-écrémé) et 4 fois le sein. Compléter les tétées insuffisantes par un biberon de 50 grammes.

Le 2 novembre, 4 kgr. 720.

Guérison cutanée complète.

VII

Marcel P..., né le 13 novembre 1932.

Poids de naissance : 3 kgr. 180. Placenta 550 grammes.

Nourri au sein. Six tétées par 24 heures.

Dès le seizième jour, apparition d'une rougeur péri-anale puis fessière précédée par de la diarrhée : 5 ou 6 selles par jour.

Le 7 janvier 1933, 4 kgr. 540.

L'érythème s'étend en avant jusqu'à l'ombilic ; en arrière gagne sur les parties latérales des fesses. Descend le long de la face interne des membres inférieurs, jusqu'à mi-jambes.

Lésions rouges, sèches, légèrement squameuses. La rougeur est surtout marquée autour de l'anus et dans les plis inguinaux.

Légère desquamation à la périphérie.

Quelques médaillons papuleux, d'un rouge assez vif, légèrement squameux, sur le ventre et les fesses.

Léger intertrigo des sillons rétro-auriculaires et des aisselles, actuellement en voie de disparition.

Séborrhée du visage et du cuir chevelu sur lequel on note la présence de quelques placards adhérents formés de squames épaisses, grasses et sèches.

Le 7 janvier, *début du traitement par le vaccin anti-entérococcique.*

V gouttes matin et soir, d'une solution au dixième d'un vaccin à 1 milliard de germes par cmc.

Augmenter la dose de X gouttes par jour, les jours suivants.

Régime alimentaire : cinq tétées, plus un biberon de 120 grammes préparé avec de la poudre de lait ; dans lequel on ajoutera une pincée de carbonate de chaux.

Le 14 janvier, la diarrhée a complètement disparu. Les lésions d'intertrigo sont asséchées. L'érythème fessier est moins intense.

Le 20 janvier, 4 kgr. 750.

Les lésions fessières ont entièrement disparu. Rien au visage ; seul au cuir chevelu il persiste quelques squames adhérentes qui seront enlevées par savonnage.

Guérison cutanée.

Le 10 février, 5 kgr. 200.

La guérison cutanée persiste. L'état général de l'enfant est excellent.

CONCLUSIONS

I. — Les dermites fessières des enfants du premier âge, et leurs processus évolutifs, considérés comme eczémas séborrhéiques du nourrisson, relèvent d'une étiologie commune microbienne et sont dus à l'entérocoque.

II. — La thérapeutique de ces affections par le vaccin anti-entérococcique, à l'exclusion de tout autre traitement local amène une guérison cutanée complète et assez rapide de ces infections.

III. — Les résultats portent également sur l'état général des enfants et sur les troubles digestifs qui accompagnent ces dermites, qui sont nettement améliorés par le vaccin.

IV. — La voie intradermique, la voie buccale et la voie rectale peuvent être utilisées. La voie buccale, de par ses avantages, semble la plus commode dans la pratique courante.

V. — A cette thérapeutique vaccinale, il est souvent utile d'adjoindre quelques prescriptions diété-

tiques d'ordre général destinées surtout à maintenir le bon état de l'enfant.

VI. — En cas d'affection intercurrente, la thérapeutique vaccinale doit être interrompue et passer au second plan, pour céder le pas aux médications d'urgence.

Vu : le Président de la thèse,
DEBRÉ.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

BESNIER. — Eczéma. *Pratique Dermatologique*, t. II, 1900-1904.

BLECHMANN — Nourrissons et enfants. *Consultations journalières*.

— Les feuillets du pédiâtre. I^{re} et II^e série.

— Réactions cutanées dites « Eczémas du Nourrisson » et Entérocoque. *Pédiatrie*, janvier, 1932.

BLECHMANN et POTELUNE. — A propos du traitement d'une érythrodermie, type Lenier-Moussous, rapidement guérie. Rôle de l'entérocoque. *Société de Pédiatrie*, 20 octobre 1931.

BOUTELIER. — Quelques dermatoses communes de l'enfance. *Monographie de pédiatrie et de puériculture*.

COMBE. — *L'auto-intoxication intestinale*.

COMBY. — *Traité des maladies de l'enfance* (1928).

COUSIN (J.). — Contribution à l'étude du rôle biologique de la peau dans les infections. Thèse de Paris, 1928.

DARIER. — *Précis de Dermatologie*.

— L'eczéma après le congrès de Copenhague. *Presse Médicale*, 10 décembre 1930.

DEBRÉ — *Pathologie du nouveau né*.

DEBRÉ (R.), GOIFFON (R.) et ROCHEFRETTÉ. — Les selles des nourrissons normaux au sein et au biberon (Essai de syndromes coprologiques). *Revue française de Pédiatrie*, n° 3, 1926.

- DESAUX. — L'allergie cutanée. *Bulletin Médical*, 27 juillet 1931.
- DELAFFOND. — Diététique dans l'eczéma du nourrisson. Thèse de Paris, 1931.
- DOMELA (Madeleine). — Etude sur les régimes lactés restreints en diététique infantile. Thèse de Paris, 1930.
- FERRAND (M.). — Dermites des nourrissons. Erythèmes infantiles. Thèse de Paris, 1908.
- FISSINGER (Noël). — Les infections à entérocoques. Les entérocoques. *Traité de Médecine et de Thérapeutique*, 1922.
- GERNEZ. — Inoculation cutanée et défense de l'organisme. Thèse de Lille, 1924.
- GERNEZ et RAZEMON. — Intradermo-réactions à l'entérocoque et anticorps entérococciques. *Société de Biologie*, 1924, p. 301.
- GOUGEROT. — Importance des dermo épidermites microbiennes en médecine infantile. *Journal des Praticiens*, 14 décembre 1917.
- Les complexes dermatologiques des plis et leur traitement. *Archives dermato-syphiligraphiques de la Clinique Saint-Louis*. Septembre 1931.
- GRENET. — L'eczéma du nourrisson. *Revue de Médecine*, 1931.
- HALLEZ. — Etude critique sur certaines dermatoses desquamatives du nourrisson. *Le nourrisson*, janvier 1922.
- HUDELO et CAILLIAU. — Le tissu réticulo-endothélial à l'état normal et dans les états pathologiques. *Annales de Derm. et Syphil.*, 1928, p. 19 et p. 145.
- HUDELO et MONTLAUR. — Epidermomycoses eczématoïdes par parasites du genre des levures. *Bull. Soc. Fr. de Dermat. et Syphil.*, juin 1914.
- HUDELO, CHÈNE et SIGWALD. — Intradermo-réactions aux

vaccins anti-streptococcique et staphylococcique au cours des épidermites microbiennes eczématisées. *Bull. Soc. Fr. de Dermat. et Syphil.*, 1928, p. 613.

JACQUET. — Dermites infantiles simples. *In pratique Dermatologique*, 1900, t. I.

JAUSION, LENÈGRE et VENDEL. — Le rôle de la sensibilisation dans les eczémas et sa preuve thérapeutique. *Soc. Fr. de Dermat. et Syphil.*, n° 2, février 1928.

JAUSION, COT et SOHIER. — Le traitement des eczémas, maladies de sensibilisation. *Bull. de la Soc. Médicale des Hôp. de Paris*, 29 nov. 1929.

KITCHEVATZ. — A propos des intertrigos et des eczématides secondaires. *Bull. Soc. Fr. de Dermat. et Syphil.*, n° 7, juillet 1930.

LEBARD. — Sur un type d'érythème fessier évoluant chez les nourrissons atteints d'eczéma séborrhéique. Thèse de Bordeaux, 1905.

LESNÉ et BOUTELIER. — Les eczémas du nourrisson. *Bull. de la Soc. Fr. de Pédiatrie*, 1926.

MACAIGNE. — Entérococcie. *In Nouveau traité de Médecine*, 1920.

MARFAN. — Les érythèmes fessiers. *Le Nourrisson*, 1926.

— *Cliniques des maladies de la première enfance*, 2^e série.

— *Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier âge*, 1930.

— Le lait concentré et le lait sec. *Le Nourrisson*, janvier 1930.

MONTLAUR (H.) et Mlle COUTIÈRE (S.). — Les modifications chimiques des selles au cours de l'évolution de l'eczéma chez le nourrisson. *Bull. Acad. de Médecine*, 15 juillet 1930.

MONTLAUR (M. et Mme H.). — Recherches sur les réactions cutanées dites Eczéma du Nourrisson. *VIII^e Congrès International de Dermat. et Syphil.* Copenhague, août 1930.

- Du rôle de l'entérocoque dans la genèse de certaines réactions cutanées considérées comme eczéma du nourrisson. Phénomènes de sensibilisation. *Le Nourrisson*, mai 1931.
- Recherches sur les réactions cutanées dites Eczéma du Nourrisson, 2 mémoires. *Annales de Dermat. et Syphil.*, n° 5, mai et n° 7, juillet 1931.
- Le rôle de l'entérocoque dans la genèse des dermatites infantiles simples. *II^e Congrès de l'Union des dermatologistes slaves*. Belgrade, juin 1931.
- Erythèmes fessiers et eczéma du nourrisson. Etude clinique et thérapeutique. *Concours Médical*, n° 12 10 mars 1932.

MOUSSOUS. — Erythème fessier et eczéma séborrhéique. *Arch. Méd. des enfants*, mars 1908.

PETGES. — *La pratique des maladies des Enfants*. T. IX, articles eczéma et érythèmes infantiles, 1925.

RAVAUT. — L'eczéma, réaction seconde de sensibilisation. *Presse médicale*, 27 décembre 1930.

RAVAUT et RABAUD. — Parakératoses eczématiformes provoquées par des injections intradermiques de levurine. *Presse médicale*, 20 mars 1929.

RIBADEAU-DUMAS. — Le nourrisson : Infection et immunité. *Progrès médical*, 20 décembre 1930.

RIGOT. — Contribution à l'étude des épidermites microbiennes eczématiformes. Thèse de Paris, 1928.

SABOURAUD. — Les eczémas microbiens. *Presse médicale*, 5 mai 1928.

- Sur le démembrement de l'eczéma séborrhéique.

Ann. de Dermat. et Syphil. de la clinique Saint-Louis, mars 1930.

SÉZARY. — Le problème de la sensibilisation et les méthodes de désensibilisation en dermatologie. *Revue critique de Pathologie et de Thérapeutique*, février 1930.

THIERCELIN. — Du diplocoque intestinal ou entérocoque. Son rôle dans la pathogénie de certaines affections digestives. *Bull. de la Soc. de Pédiatrie*, 1889.

TISSIER. — Recherches sur la flore intestinale normale et pathologique des nourrissons. Thèse de Paris, 1900.

TOUZARD. — L'intradermoréaction dans les pyodermites et épidermomycoses. Thèse de Paris, 1929.

TRASTOUR. — L'entérocoque. Thèse de Paris, 1904.

TRICOIRE. — Revue générale des infections à entérocoque. Thèse de Lyon, 1916.

VAUGIRARD (DE). — Contribution à l'étude de l'érythrodermie desquamative du nourrisson. Thèse de Paris, 1913.

VIDAL (Suzanne). — Dermites infantiles et réactions secondaires. Thèse de Paris, 1932.

WORINGER. — Recherches sur l'allergie dans l'eczéma du nourrisson. *Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris*, n° 10, décembre 1930.

